la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

LLENAR ESTA SOLICITUD CON LETRA DE IMPRENTA O A MAQUINA

DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

DATOS DE LA POLIZA

Agencia ______ NºAg. ______ Nº Zona ______ Localidad Ag. ______
Póliza Nº ______ Vigencia ____ /____/______ al ____ /____/______
Apellido y Nombre del Tomador ______ D.N.I. Nº ______
Ocupación ______

DATOS DEL ASEGURADO Accidentado

Apellido y Nombre ______ D.N.I. Nº ______
Fecha de Nacimiento ____ /____/______
Domicilio ______ Piso ______ Dpto. ______ Localidad ______
Provincia ______ Código Postal ______ Teléfono ______
Ocupación ______ Profesión ______

DINAMICA O CAUSA DE LA LESION Detallar como ocurrió el accidente

Fecha de Ocurrencia: ____ /____/______ Hs.______ Fecha en que dejó de Trabajar: ____ /____/______ Hs. ______
Mencione las causas del accidente: ______

______

______

______

______

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE ☒

Gravedad de la Lesión: ☐ Leve ☐ Grave ☐ Mortal
Mencione la lesión sufrida: ______
Zona del cuerpo lesionada: ______

DATOS DEL PRESTADOR O CENTRO MEDICO

Nombre del médico o Establecimiento sanitario que prestó su primer atención ______
Domicilio ______ Localidad ______
Es asistido actualmente en ______

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que el Asegurador pueda recabar información de cualquier médico que me haya atendido, así como de los sanatorios, clínicas, hospitales, o cualquier otra institución sanitaria en la que alguna vez me haya atendido, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

______
Firma y Aclaración del Denunciante

CERTIFICADO MEDICO

Fecha del accidente: ____ /____/______ Hs.______ Fecha en que es asistido: ____ /____/______ Hs.______
¿Cuáles son las lesiones sufridas? ______

______

______

¿Qué curaciones o prácticas le han realizado? ______

______

______

¿Fue hospitalizado? ☐ SI ☐ NO ¿Dónde? ______ ¿Cuándo? ____ /____/______ ¿Cuántos días? ______
Tiempo estimado de retorno al trabajo ______ días
¿Puede producirse la muerte a consecuencia del accidente? ______
Estimación de Incapacidad: ☐ S/Incapacidad ☐ Incapacidad Parcial ☐ Incapacidad Total
Fecha Próxima Revisión: ____ /____/______
Lugar y Fecha: ______

______
Firma y Sello del Médico

Codigo